

Trabalho de Conclusão de Curso

**O mal-estar da boca:
Entre o desejo e a repressão**

Zeno Carlos Tesser Junior

**Universidade Federal de Santa Catarina
Curso de Graduação em Odontologia**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**

Zeno Carlos Tesser Junior

O MAL-ESTAR DA BOCA: ENTRE O DESEJO E A REPRESSÃO

Trabalho apresentado à Universidade Federal de Santa
Catarina, como requisito para a conclusão do Curso de
Graduação em Odontologia
Orientador: Prof. Dr. Douglas Francisco Kovaleski

Florianópolis

2014

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Tesser Junior, Zeno Carlos

O mal-estar da boca: : Entre o desejo e a repressão /
Zeno Carlos Tesser Junior ; orientador, Douglas Francisco
Kowaleski - Florianópolis, SC, 2014.

44 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências
da Saúde. Graduação em Odontologia.

Inclui referências

1. Odontologia. 2. Bucalidade. 3. Oralidade. 4. Estádio
Oral. I. Kowaleski, Douglas Francisco. II. Universidade
Federal de Santa Catarina. Graduação em Odontologia. III.
Título.

Zeno Carlos Tesser Junior

O MAL-ESTAR DA BOCA: ENTRE O DESEJO E A REPRESSÃO

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado, adequado para obtenção do título de cirurgião-dentista e aprovado em sua forma final pelo Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 25 de julho de 2014.

Banca Examinadora:

Prof, Dr. Douglas Francisco Kovaleski,
Orientador
Universidade Federal de Santa Catarina,

Prof., Dr. Sérgio Fernando Torres de Freitas,
Universidade Federal de Santa Catarina,

Prof., Dr. Daniela Lemos Carcereri,
Universidade Federal de Santa Catarina

Aos meus pais queridos, por terem me ajudado a concluir esta árdua e incerta jornada, pelos incentivos que me foram transmitidos nas inúmeras vezes que pensei em desistir, por todos os seus esforços prestados e pelo apoio incondicional que me deram durante toda a minha vida. Obrigado por tudo! Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Zeno e Ivone, não só por esse trabalho, mas por todo carinho, dedicação e incentivo que me deram ao longo da minha vida.

Ao Prof.- Dr Douglas F. Kovalesski, por ter confiado e aceitado me orientar nesse trabalho.

Aos colegas e amigos, que tornaram mais tranquilos e divertidos os longos dias nas clínicas de odontologia da UFSC.

E a todas as pessoas que diretamente ou indiretamente contribuíram para o sucesso desse trabalho.

**Você está vivo. Esse é o seu espetáculo.
Só quem se mostra se encontra. Por mais que se
perca no caminho.**

(Cazuza)

RESUMO

Este estudo faz uma revisão narrativa sobre as principais categorias dos conceitos de bucalidade e oralidade, com o objetivo de sintetizar, organizar e debater as interfaces com relação ao que a literatura científica trata sobre os temas. Foi realizada uma pesquisa na literatura procurando selecionar os conceitos mais importantes sobre bucalidade, e oralidade. O termo bucalidade apresentado por Botazzo atribui à boca uma conotação subjetiva capaz de ampliar o seu conceito além daquele já conhecido pela Odontologia. Já a oralidade parte de teorias psicanalíticas que consideram a boca como um centro de prazer e explica sua importância para constituição psíquica do indivíduo. São observadas possibilidades de interlocuções entre as duas disciplinas, sendo a oralidade um dos campos teóricos, entre outros, que pode nos ajudar a entender melhor a bucalidade, a subjetividade da boca e a suas consequências psíquicas para os indivíduos. Dessa forma, esses conceitos, se incluídos na prática odontológica, podem melhorar a visão dos profissionais sobre o mal-estar bucal dos pacientes e, diante disso, alterar suas ações clínicas para a construção de uma Odontologia menos traumática e mais acolhedora.

Palavras-chave: Bucalidade. Oralidade. Fase oral.

ABSTRACT

This study is a narrative review of the main categories of concepts buccality and orality in order to synthesize, organize and discuss the interfaces with respect to the scientific literature that deals with the themes. A survey was conducted in the literature seeking to select the most important concepts about buccality, and orality. The term buccality presented by Botazzo gives the mouth a subjective connotation able to broaden its concept beyond that already known for Dentistry. Have orality part of psychoanalytic theories that consider the mouth as a pleasure center and explains its importance for psychological constitution of the individual. Possibilities of dialogues between the two disciplines are observed, being one of orality theoretical fields, among others, that can help us better understand the buccality, the subjectivity of the mouth and its psychic consequences for individuals. Thus, these concepts are included in dental practice, can improve vision professionals about oral discomfort of patients and, before that, change their clinics to building a more welcoming and less traumatic Dentistry shares.

Keywords: Bucality. Orality. Oral stage.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 OBJETIVOS	23
2.1 Objetivo Geral	23
2.2 Objetivos Específicos	23
3 PERCURSO METODOLÓGICO	23
4 ALGUNS CONCEITOS DA PSICANÁLISE	25
4.1 ORALIDADE	28
4.2 ESTÁDIO ORAL	28
5. DISCUSSÃO	31
5.1. Bucalidade e sua aplicabilidade clínica	36
5.2. Distanciamentos entre bucalidade e oralidade.....	38
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS	42

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho é um trabalho de conclusão de curso e tem por objetivo abordar dois assuntos: a bucalidade, arranjo teórico-metodológico que tem como propósito subjetivar as funções da boca; e outro, a oralidade, termo psicanalítico para designar a importância da boca na formação psíquica do indivíduo.

Assim, algumas dúvidas nos acompanharão no decorrer desse estudo: o que é bucalidade e oralidade? Quais as semelhanças e diferenças? E qual a importância deles para a Odontologia. Para isso serão introduzidos conceitos clássicos sobre a psicanálise e sobre a formação do aparelho psíquico. Além, é claro, de fazer uma revisão sobre o que já foi escrito sobre bucalidade.

O termo bucalidade é apresentado por Carlos Botazzo (2000) em seu livro *Da Arte Dentária* como forma de atribuir à boca um conceito mais amplo do que o utilizado pela Odontologia. Para a Odontologia a boca é a

... abertura do tubo digestivo por onde inicia-se a mastigação, sendo limitada pelos lábios, bochechas, palato, soalho e istmo. Formando regiões anatômicas que circunscrevem uma cavidade, na qual estão inseridos os arcos dentais. (Madeira, 2008, p. 125).

Para Souza (2004), Botazzo faz a boca extrapolar o limite de um órgão para ser um “território, um espaço, um lugar delimitado por vísceras”, tentando, dessa forma, resgatar os aspectos civilizacionais da boca humana e os seus efeitos psíquicos.

Segundo o próprio Botazzo (2006), as primeiras ideias do que vem a ser bucalidade estão no livro “As palavras e as coisas” de Michael Foucault, no qual ele escreve: “afinal de contas, nessa boca acolhedora e voraz, tinham realmente como se alojar e encontrar o palácio de sua coexistência.” (FOCAULT, 1990, p.36) No mesmo texto a boca é chamada de Vênus, “pois que por ela se passam os beijos e as palavras de amor.” Assim, para Botazzo, Foucault “fez emergir certa cavidade bucal, um palácio em ato de produção e consumo.” (BOTAZZO, 2006, p. 13)

Bucalidade, para Botazzo (2000), em “Da Arte Dentária”, é um conceito, mas também é um modo transgressor de olhar para a boca e os dentes. No qual, ao pensar em funções ou trabalhos bucais, deixa-se de lado o centrimento dentário em que a Odontologia vem há anos trabalhando, baseada essencialmente no tratamento da cárie e suas consequências, gerador do modelo de Odontologia, que ainda não superou o paradigma flexneriano de atuação, pois ainda possui uma prática predominantemente

mecanicista, fragmentária, curativista, centrada na doença e na supressão dos seus sintomas e sequelas. A odontologia atual deixa a promoção de saúde no nível do discurso, pois não ultrapassa o preventivismo (BOTAZZO, 2006).

É nesse ponto que a bucalidade pretende contribuir, adotando um “novo olhar” para a saúde bucal, onde o foco de sua atuação passa a ser os termos “bucais” e não mais os “dentários”, enfatizando os dentes e suas perdas (BOTAZZO, 2008). Souza (2004) considera a bucalidade um conceito-ferramenta capaz de alterar essa visão “protesista” da clínica odontológica, resgatando a dimensão do cuidado bucal e fazendo-a dialogar com o reparo dos dentes.

Em um estudo semântico, podemos entender que o sufixo “idade”, que foi acrescentado à palavra bucal (aquilo que é relativo a boca), é utilizado para formar substantivos abstratos que designam “qualidade, modo de ser, estado e propriedade”. Dessa forma, o próprio termo já revela a conotação subjetiva que o autor pretende atribuir à boca que, segundo ele, é a “capacidade da boca em ser boca isto é, em exercer, sem limitação ou deficiência as funções para as quais anatomicamente acha-se apta” (BOTAZZO, 2008).

Tais funções também podem ser entendidas como os trabalhos ou as funções sociais que a boca exerce. São três: a manducação, a linguagem e a erótica; que concedem à boca uma “dimensão civilizatória daquilo que é bucal” (Botazzo, 2000). Estando relacionados com o consumo e a produção que o indivíduo faz do mundo em detrimento dos seus limites entre a sua razão e o seu desejo (inconsciente).

Assim, percebemos que esses três trabalhos são produtos sociais de uma boca que também é socialmente produzida e que está intimamente associada ao caráter cultural e social do indivíduo. Botazzo (2008, p. 64), então definiu a boca não como um órgão, “mas território, e assim o suporte mais evidente de todo corpo do homem na realização de sua vida.”

O modelo da Odontologia atual é baseado no órgão dental isolado, faltando um conceito que sirva para recuperar o homem como um todo. Nessa situação, os dentes podem ser removidos e substituídos por dentes artificiais sem que isso “ameace a integralidade do indivíduo”. Temos assim a “boca mecanizada” que não contempla os dentes como órgãos em sua plenitude e por isso falta-lhes uma função (BOTAZZO, 2006).

A manducação não é apenas o ato de mastigar. Segundo Botazzo (2008), quando apreendemos, trituramos, insalivamos, e deglutimos um alimento estamos

também consumindo o mundo de forma a garantir a nossa sobrevivência como seres humanos. Entretanto, a alimentação para nós também é uma atividade social com aspectos culturais envolvidos.

Segundo Souza (2004), o paladar ao distinguir os gostos faz uma seleção gustativa do que é bom ou ruim elaborando um “aprendizado do prazer” através do qual o homem não mais usou a fome apenas para saciar (garantir) a sua sobrevivência, mas também moldou os aspectos de sua cultura.

Almeida (2003), ao citar o conhecido adágio popular “somos o que comemos”, nos lembra de quantas vezes não conseguimos comer mesmo estando com fome, mas estando “emocionalmente perturbado” o alimento parece não querer descer. Zegarelli (1982) explica que a fome, assim como outros comportamentos do homem, está relacionada com a psique humana, sendo um impulso.

A boca é um “elemento de comunicação por excelência” (BARBOSA, 1999). “É o óstio de entrada do mundo pela boca e da boca pelo mundo...” (KOVALESKI, 2002, pág.10). Mas não é apenas fisicamente, através dos alimentos, que a boca se comunica com o mundo. Segundo Rodrigues (2001), é com a linguagem, com a recepção e emissão dos sons, que o homem expressa seus pensamentos e se constitui como sujeito.

Compreender a fala é levar em consideração os aspectos constitucionais biológicos, sociais e psíquicos do homem (SOUZA, 2004). O homem é um ser de fala e assim tem a linguagem como algo essencial para a sua vida. Sendo através desse fenômeno simbólico que contextos e realidades vão sendo criados e por onde todo o universo ganha sentido, tendo o homem, assim, a sensação de se conhecer (MELLO, 2010).

Pela boca saem rajadas acústicas produzidas por fenômenos físicos e fisiológicos que acontecem quando o ar passa pelas cordas vocais. Entretanto, quando essas rajadas acústicas, que de início são apenas eventos físicos, ganham valores semânticos, ou seja, ganham um signo sonoro, é que o ato da fala acontece e junto com ele os fenômenos sociais, políticos e culturais. Alguns desses ruídos podem ter um significado que os tornam especiais: podem ser uma afirmação, uma pergunta, uma resposta, uma ordem, uma verdade, uma mentira ou tantas outras possibilidades (SEARLE, 2000).

Segundo Gaiarsa (1991, p.21), “a frase falada é uma das formas da concretização da sensação de existência, qualquer frase é nova, pois existir é um processo contínuo e sem retorno”. Quando alguém fala está dizendo a si mesmo que existe e que está

presente em intercâmbio com alguém. Assim, a palavra passa a ser o resumo do homem civilizado (GAIARSA, 1991).

A erótica, que para Botazzo (2008), não é apenas o ato sexual em si, mas também uma das expressões bucais “afetiva, emocional e amorosa” que mantém-se presente nas sociedades humanas.

Freud, precursor da psicanálise, em sua autobiografia escreveu que a sexualidade está demasiadamente divorciada dos genitais sendo “uma função mais ampla do corpo, que tem como meta final o prazer e só secundariamente serve para fins de reprodução”. Com base nisso, “... pode se dizer que para psicanálise o termo sexual denota a função geral de se obter prazer.” (TALLAFERRO, pág. 55)

Freud ao estudar a forma psíquica do erotismo destacou a fase oral como a primeira etapa do desenvolvimento sexual humano, entre as suas cinco fases – oral, anal, fálica, latência e puberdade. Dessa forma, a boca passa a ser a primeira forma de manifestação da sexualidade infantil, começando com o nascimento da criança, na sua busca instintiva pelo seio materno, e vai até aproximadamente dezoito meses de vida. Nesse período a criança não pretende apenas saciar sua fome nos seios de sua genitora, acontece que a excitação de lábios e bochechas garante a ela um prazer erótico. Freud em “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” observa que:

"quando vemos um bebê saciado deixar o seio e cair para trás adormecido, com um sorriso de satisfação nas faces rosadas, não podemos deixar de dizer que esta imagem é o protótipo da expressão da satisfação sexual na existência posterior." (FREUD, 1905/1976, pág.).

A boca nesse momento tem duas funções: a de satisfação sexual e a de garantir a autoconservação da criança relacionando-a com o mundo exterior. Esse conceito de *dupla função*, nesse caso o da boca, já era enunciado por Freud, onde o órgão de exteriorização da sexualidade infantil é o mesmo utilizado para a ingestão de alimentos (TALLAFERRO, 2004).

Freud afirma que o inconsciente tem papel maior no comportamento humano do que o consciente. Dentro dessa teoria, tem-se a teoria da repressão, segundo a qual alguns fatos ocorridos na vida têm sua lembrança reprimida, a fim de preservar a integridade psíquica do ser, que de outra forma estaria comprometida pela constante frustração, ponto inicial para manifestações neuróticas (TALLAFERRO, 2004).

Essas duas teorias freudianas em conjunto tentam explicar alguns vícios ligados

com a boca, que é o primeiro contato das crianças com o mundo e que ficara registrado em seu consciente e inconsciente.

O processo que a boca passa para se adequar às normas sociais é chamado por Kovalesski (2004) como a disciplinarização da boca. A nossa cultura clama, até exige, que a boca deva seguir um conjunto de regras. Desde criança somos condicionados a seguir um padrão comportamental no qual várias atividades bucais são limitadas. Por exemplo, todos já ouviram falar que “é feio, é proibido, é antissocial” comer de boca cheia, falar tudo o que pensa, cuspir, arrotar, felação e beijar em público. Também somos limitados na nossa alimentação: não podemos comer o que queremos a qualquer hora e nem na quantidade que gostaríamos, seja pela comida ser muito cara, por simplesmente não dispormos de tempo para isso ou por não ser “adequado”, do ponto de vista nutricional.

Assim, a boca, que é um centro de prazer, ao ser disciplinarizada sofre vários tipos de repressão. Cabe aqui, portanto, lembrar um questionamento já feito por Botazzo (2000, p.56): “Não podendo a boca gozar o tempo todo, viria por acaso adoecer disso?” Portanto, todas as interdições que a boca sofre poderiam estar relacionadas com o mal-estar bucal?

Para isso voltamos a Freud no que ele chamou de “recalque”. Para ele “Torna-se condição para o recalque que a força motora do desprazer adquira mais vigor do que o prazer obtido da satisfação” (FREUD, 1915/1996, p. 154). Sendo assim, também para Freud (1915/1996, p. 161): “O material reprimido, ou seja, inconsciente, exerce atração sob tudo aquilo que possa estabelecer uma ligação.” Dessa forma, quando a repressão não funciona acaba gerando inconscientemente várias formas de compulsão e vícios.

Existe um sólido consenso, baseado em farta documentação científica, de que o vício em fumo e bebidas junto com a compulsão por alguns tipos de alimentos causam adoecimento da cavidade bucal. Quando pensamos nesse adoecimento bucal logo nos lembramos das doenças que mais afetam a boca - cárie, doença periodontal, oclusopatias, câncer, fissuras e outras. Entretanto, se pensarmos nas dimensões biopsicossociais do indivíduo e na subjetividade que os conceitos de bucalidade nos fornecem, poderíamos pensar nessas doenças como apenas um dos reflexos causados pelo mal-estar bucal, que vai muito além, mas sem perdê-las de vista, das esferas patológicas e epidemiológicas.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Discutir as interfaces entre os conceitos de bucalidade e oralidade a partir de uma revisão narrativa.

2.2 Objetivos Específicos

- Mapear e revisar criticamente as principais categorias envolvidas com o conceito de bucalidade e oralidade disponíveis na literatura.
- Compor uma síntese com os principais aspectos da bucalidade e da oralidade.
- Explicitar as aproximações e distanciamentos que a bucalidade e suas categorias estabelecem com a oralidade.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

De início foi realizado um levantamento através do site da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) nas bases de dados da Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Bridge Base Online (BBO) e Cidades Saudáveis (CidSaúde) utilizando a palavra-chave “bucalidade” onde foram encontrados 9 artigos. Todos os artigos foram lidos e considerados relevantes para o andamento do trabalho.

Posterior a isso, novamente no site da BVS foi realizada outra busca agora com a palavra-chave “Oralidade”, sendo encontrados 54 artigos, que em uma análise superficial mostraram-se em sua maioria de áreas não relevantes ao nosso objetivo de relacionar a oralidade como a bucalidade. Dessa forma, como muitos artigos não eram de interesse para o nosso tema utilizou-se os filtros: Psicanálise, Fase Oral, Aleitamento Materno, Psicologia da criança, Comportamento do lactante e Teoria psicanalítica. Resultando em apenas 1 artigo.

Utilizou-se também a plataforma Scielo que buscando por “bucalidade” foram encontrados 14 artigos, sendo que 9 desses já haviam sido encontrados na BVS. Nessa mesma plataforma ao procurar por “oralidade” sendo localizados 74 artigos, que pela análise do resumo foram descartados, pois não eram de interesse para o estudo. Ao mesclar a pesquisa da “oralidade” com “bucalidade” ou “odontologia” nenhum artigo foi encontrado.

Assim, para encontrar um número maior de artigos relacionados com o nosso tema foram realizadas também diversas pesquisas através do Google Acadêmico (scholar.google.com.br). Nesta fonte, em que a pesquisa mostrou-se mais produtiva, a palavra “bucalidade” encontrava aproximadamente 200 artigos, enquanto a “oralidade” retornava na busca mais de 39.000 artigos. Para fins de uma pesquisa mais específica, utilizou-se as palavras-chaves: bucalidade, oralidade, odontologia e psicanálise, combinadas de diferentes formas e sem limitação de datas.

Os artigos sobre a Bucalidade eram mais específicos e condizentes com o que procurávamos, portanto todos foram utilizados para o nosso estudo. Entretanto, por possuir vários significados em diferentes áreas do conhecimento, os artigos sobre oralidade foram selecionados tendo como critério posuírem relação com desenvolvimento infantil e Odontologia.

Pesquisas foram conduzidas a partir de listas de referências dos artigos selecionados. De modo complementar, além de publicações on-line, buscou-se acessar artigos e livros considerados importantes sobre o assunto e que eram constantemente referenciados nos artigos encontrados. Após o levantamento do material, o trabalho seguiu com leitura exploratória, reconhecimento dos artigos de interesse, seleção das referências que atendiam aos propósitos da pesquisa e análise dos textos selecionados.

4 ALGUNS CONCEITOS DA PSICANÁLISE

Oralidade e Bucalidade são categorias que apresentam interfaces. A Oralidade está fundamentada na teoria freudiana, a qual será apresentada de forma preliminar.

O termo psico-análise, que posteriormente foi substituído por psicanálise, foi criado por Sigmund Freud em 1896 no artigo intitulado “A hereditariedade e as etiologias das neuroses” para designar um método de psicoterapia que é baseado no tratamento pela fala. Freud nesse momento criou uma espécie de “clínica da escuta”, na qual o paciente pode fazer uma “associação livre” e criar teorias sobre sua doença e mal-estar. A terapia ocorre como uma conversa entre duas pessoas e cabe ao psicanalista interpretar as ideias do paciente. A terapia ocorre com o paciente sentado em um divã, poupado de esforços musculares e de sensações que possam desviar a atenção de sua atividade psíquica (ROUDINESCO, 1998).

A psicanálise sofre diversas críticas. Uma delas é que toda a teoria freudiana não passa de uma técnica xamanística de influência, isso é: o profissional age no doente por simples sugestão. Para defender sua teoria Freud reivindicava uma racionalidade baseada na interpretação verdadeira. Sendo que a cura só aconteceria quando o terapeuta desse condições para o paciente fazer interpretações que correspondessem a sua realidade (ROUDINESCO, 1998).

Freud desenvolveu duas teorias hipotéticas sobre o aparelho psíquico. Na primeira ele o dividiu em inconsciente, pré-consciente e consciente. O consciente, para Tallaferro (1996), é um órgão de percepção quando absorve as impressões do momento e deve ser também considerado um órgão sensorial capaz de “perceber processos de uma ou outra procedência”. Já o sistema pré-consciente está situado entre o consciente e o inconsciente, sendo integrado por elementos em trânsito entre os dois sistemas.

O inconsciente, elemento central de toda a teoria psicanalítica, não pode ser diretamente observável. Sua teoria, para Gomes (2003), só pode ser “inferida, de maneira sempre incerta”. Essas inferências podem ser feitas, por exemplo, pela observação do comportamento e das mímicas das pessoas. Tallaferro (1996) escreveu sobre o inconsciente:

O conceito de inconsciente é, em sua maior parte, teórico, no sentido de que nunca foi observado diretamente. Mas ao mesmo tempo é empírico, pelo fato de representar uma inferência imprescindível para explicar, de maneira lógica e sistemática, um grande número de observações. Os estudos dos conteúdos do inconsciente permitem, por outro lado, explicar e demonstrar que atos mentais e sociais têm uma

causa definida e obedecem a um propósito e são emocionalmente lógicos, mesmo que de um ponto de vista intelectual, aparentemente não sejam assim (TALLAFERRO, 1996, pág. 38).

O inconsciente para a psicanálise é diferente do que entenderíamos como subconsciente, que nesse caso o prefixo “sub” atribui a ele um valor negativo, que por não ser consciente, está por baixo ou é inferior. Entretanto, o inconsciente está em constante evolução e é dotado de energia psíquica, o que o torna um conceito psiquicamente positivo, tanto que Freud o definiu como o grau preparatório do consciente (TALLAFERRO, 1996).

Osborne (1993) nos dá uma ideia simplificada do que seria o inconsciente: “A parte da mente que é recalcada”. Essa parte da mente possui “forças” que tendem a extrapolar para o consciente, mas que acabam sendo impedidas pelos agentes repressores. Essas interações de forças concedem ao inconsciente um sentido dinâmico que não representa apenas uma qualidade de estado mental, mas a sua própria função.

Dessa forma, para entendermos melhor o inconsciente devemos entender também o que é repressão. Freud (1911) escreveu sobre isso:

O desenvolvimento cultural que se impõe à sociedade torna necessárias as restrições e repressões dos impulsos sexuais, requerendo maior ou menor sacrifício conforme a constituição individual. É raro que o desenvolvimento ocorra sem problemas, e os distúrbios que se apresentam - devido a constituição individual ou a incidentes sexuais prematuros - deixam algumas predisposições para algumas neuroses. Essas predisposições podem não ter efeito se a vida adulta transcorrer de modo tranquilo e satisfatório; mas se tornam patogênicas se as condições impedirem a satisfação da libido ou impedirem exageradamente a sua supressão (FREUD, 1911/2010, pág. 270).

Quando um impulso encontra algum tipo de resistência de um estímulo externo ele deixa de ser uma fonte de prazer para ser transformado em desprazer (angústia). Quando esse motivo de desprazer fica maior que o da satisfação tem-se a repressão.

Ainda nesse primeiro momento Freud desenvolve outro conceito essencial da psicanálise: a libido. Que é a “intensidade da energia dinâmica do instinto sexual”, que dito de outra forma mais simplificada é a pulsão sexual (TALLAFERRO, 1996). Para Freud (1905), a libido é um termo que veio a ser usado na psicanálise para dar designação a uma analogia que faltava na linguagem vulgar, seria para a pulsão sexual aquilo que a palavra “fome” representa à pulsão nutricional, estabelecendo o conceito de libido “como uma força quantitativamente variável que poderia medir os processos e

transformações ocorrentes no âmbito da excitação sexual”.

Posteriormente, foi visto que o aparelho psíquico era muito mais complexo do que apenas o consciente, pré-consciente e inconsciente. Assim, outros conceitos foram criados o de id, ego e superego.

O id é a parte mais profunda de nossa personalidade podendo ser considerado a estrutura fundamental biológica do ser humano, é inconsciente e regido pelo princípio do prazer, ou seja, busca garantir nossas satisfações por meio de impulsos sem seguir normas, coexistindo nele sentimentos contraditórios que não se anulam (SEGER, 1998).

O Ego se desenvolve através da vida da pessoa podendo ser modificado pelos estímulos externos, age por meio de defesas contra tudo aquilo que ameace o aparelho mental e tende a adequar os impulsos do id com a realidade (SEGER, 1998). O Ego, portanto, é o que limita os impulsos do Id de se manifestarem sem controle. Para isso, ele exerce duas funções: o exame da realidade e o trabalho de síntese (TALLAFERRO, 1996).

O exame da realidade se dá na comprovação da existência real de um objeto, identificando se ele existe ou se é fruto de uma fantasia. A função de síntese é a de compensar e unificar os impulsos antagônicos do ego, mediando dessa forma o id, o ego e o superego (TALLAFERRO, 1996).

O superego exerce a função crítica e normativa de nossa personalidade sendo o fundamento de toda nossa essência. É formado durante o desenvolvimento da criança, sendo elaborado com base na idealização dos pais que é introjetada no ego (SEGER, 1998).

Outro aspecto importante na psicanálise é o complexo de Édipo ou situação edipiana que tem seu ápice quando a criança está entre os 3 e 5 anos de idade. Nesta fase a relação com os pais sofre algumas mudanças e é diferente para os meninos e meninas. É o momento no qual a criança passa a ter desejo pelo seu genitor de sexo oposto e ódio pelo de mesmo sexo. Quando esta etapa do desenvolvimento tem uma solução incompleta, ou é resolvido ou recalcado, no período de latência passa a ser a fonte de diversos conflitos, sintomatologias, neuroses e psicoses (TALLAFERRO, 1996).

Nos meninos a mãe ou quem a substitua passa ser objeto de amor da criança e a quem ele pretende proteger, em contrapartida o pai passa ser o alvo de agressividade ou de uma espécie de ódio. Entretanto, para deixar a situação ainda mais complicada o menino também sente admiração pela figura paterna. Nos dois casos o complexo de

Édipo está ligado com o medo que a criança tem da castração (TALLAFERRO, 1996).

4.1 ORALIDADE

Freud não deu muita ênfase à fase oral, mas foram os pós-freudianos, com destaque em Melanie Klein, que mesmo desacreditada por ele, realizou diversos estudos em crianças afim de entender as primeiras fases do desenvolvimento infantil, conhecido como período pré-edipiano (OSBORNNE, 1993).

Assim, ao colocar a fase oral como uma importante fase do desenvolvimento da psique humana, a psicanálise deu à boca um papel de destaque, sendo ela nosso primeiro contato o mundo exterior. Dessa forma, noções clássicas de psicanálise nos permitem melhor entender acontecimentos relacionados com a boca (BARRETO, 2012).

4.2 ESTÁDIO ORAL

A realidade para o indivíduo se forma em conexão com as experiências de fome e saciedade, estando ligada com o juízo de uma substância ser comestível ou não. É na fase oral que as crianças conhecem os objetos e aprendem a assumir vínculos com eles. Foi a fome que obrigou o reconhecimento do mundo exterior. Engolir ou cuspir um objeto é a base de toda percepção humana, fazendo com que a primeira realidade seja ligada ao que se engole (FENICHEL, 2005).

A boca é o primeiro órgão que se estabelece como zona erógena no ser humano. Além de garantir por meio da alimentação as atividades somáticas vitais, também é fonte de prazer para a criança que tem a necessidade de saciar seus desejos orais repetidas vezes (OSBORNNE, 1993).

A princípio, portanto, o mundo do bebê está centralizado na oralidade, buscando respostas para os primeiros desconfortos manifestados: as pulsões de fome e sede (KLEIN, 1975).

Podemos considerar que o ato da sucção é inato ao recém-nascido, sendo, portanto, uma função instintiva. De certa forma, entenderíamos que isso está ligado apenas à função de nutrição. Entretanto, devemos considerar que quando a criança chupa o dedo a sensação de prazer não está baseada apenas na gratificação da fome, afinal dos dedos não sai substância nutritiva, mas essa atitude se faz prazerosa com a estimulação da mucosa oral erógena (FENICHEL, 2005). O lactante pratica a sucção mesmo quando sua fome já está saciada e ainda chupam qualquer objeto não alimentício

com evidente sensação de prazer (TALLAFERRO, 1996).

O estágio oral de desenvolvimento da sexualidade é dividido em duas fases: a de sucção; e a sádico-oral. Na primeira, a de sucção, o prazer é garantido pela atividade de sugar e vai até os sexto mês, momento em que os primeiros dentes começam a aparecer e inicia-se a fase sádico-oral, que vai até os dois anos, na qual percebemos na criança um forte prazer em introduzir objetos na boca e destruí-los com os dentes (TALLAFERRO, 1996).

Percebe-se que na fase de sucção a criança consegue encontrar satisfação em seu próprio corpo já na fase sádico-oral é preciso de um objeto, sendo nessa época que a criança percebe sua relação psíquica com o mundo externo (TALLAFERRO, 1996).

Durante a fase oral existe a ambivalência, termo usado para explicar que um objeto pode ser desejado de forma positiva e negativa ao mesmo tempo. Isso significa que a criança quer devorar um objeto e simultaneamente ser devorado por ele. Essa ambivalência de querer amar e destruir o objeto gera uma atitude em oposição recíproca que garante o respeito ao mesmo (TALLAFERRO, 1996). Esse objetivo antagônico de comer e ser comido por um objeto está ligado ao fato de querer incorporá-lo e também de ser incorporado por ele (FENICHEL, 2005).

A primeira ambivalência da criança, ou seja, o sentimento de amor e ódio a um objeto começa com os peitos de sua mãe. Esse sentimento ambivalente é caracterizado por Melanie Klein (1975) como o seio que é “bom” e ao mesmo tempo “mau”. O seio “bom” é aquele que gera no bebê sentimento de gratificação e saciedade, para o qual a criança direciona o seu amor. O seio “mau” é aquele que, quando retirado, causa frustração ao bebê, e odiado passa a ser o alvo de perseguição de seus instintos destrutivos.

As experiências vividas na fase oral, relacionadas com o nosso primeiro objeto de amor, que é a mãe, formam a maneira pela qual lidaremos com situações de vida e como nos relacionaremos posteriormente. Sendo os traços de caráter oral presentes em todos os casos de caráter neuróticos (DE NADAL, 2012).

Se os conflitos do indivíduo na fase oral não forem solucionados, podemos dizer que ele fica “fixado” nessa fase. Dito de outro modo, se os impulsos que satisfazem a fome e a sede não forem contemplados os indivíduos tornam-se fixados na fase oral e poderão ter problemas futuros com dependência e consumo (FRIEDMAN, 2004).

O transcorrer da fase oral pode moldar, em certa medida, as atitudes do indivíduo frente à realidade. Uma ampla satisfação oral gera atitudes otimistas e seguras

enquanto as privações produzem atitudes pessimistas ou exigências sádicas compensatórias (TALLAFERRO, 1996). Pessoas que fixadas no mundo dos desejos orais apresentam pouco interesse em cuidar de si mesmas, exigindo que outras pessoas o façam, esta exigência pode ser tão grande que se expressará como comportamento passivo extremo (FENICHEL, 2005).

Quando a necessidade de sugar o peito acaba e é substituída pelo desejo de obter satisfação pela boca, a alimentação acaba se tornando algo que poderia ser considerado sexual ou sensual. Estas atividades primitivas e o prazer oral exercem função essencial para moldar o gosto pela comida, pelo fumo e pela bebida (OSBORNNE, 1993).

Na primeira etapa da fase oral é quando a criança encontra os primeiros traços dos aspectos culturais do ambiente em que vive e que serão importantes para o seu futuro. O fato de a criança ser enfaixada ou deixada solta, de ser isolada ou ter contato com diferentes estímulos, se chorará muito para ser atendida e entre outros fatores, como por exemplo, o estilo pessoal de sua mãe, poderá moldar sua personalidade conforme os valores e expectativas de sua cultura (OLIVEIRA, 2006).

Ainda na fase oral quando o bebê começa a emitir os primeiros sons e o encontro de olhares na tentativa de estabelecer um diálogo, resulta na procura constante de alguém para admirar e na confirmação dos motivos que o levam a admirar essa pessoa. Isso pode agir em seu estado psíquico geral fazendo surgir nele uma atitude de idolatria patológica tendo conexões religiosas, sociais, artísticas e ideológicas (OLIVEIRA, 2006).

Segundo Inoue (2006), os conhecimentos de psicanálise são importantes na clínica odontológica não para o profissional tratar os problemas psíquicos de seus pacientes, mas para que o atendimento não seja voltado apenas às suas questões dentárias. O paciente precisa inconscientemente ser reconhecido como uma unidade, um ser indissociável, mesmo quando formado por uma parte orgânica e outra psíquica. Cabe à psicanálise ser a “fala” do paciente. Barreto (2003, pág. 78) acredita que: “o campo de contribuição psicológica à Odontologia é amplo e fértil, porém pouco explorado.”

5. DISCUSSÃO

As contribuições da psicanálise têm muito a nos informar sobre bucalidade e podem ser observadas sob diferentes perspectivas teóricas onde se percebe uma interface entre os conceitos de oralidade e bucalidade. Isto se deve à complexidade de significados concernentes aos aspectos subjetivos que a boca apresenta e sugere. Sobretudo, à íntima interação entre as contribuições do psiquismo e da bucalidade.

Botazzo (2000) utiliza uma peculiaridade metodológica distinta daquela que já poderia ser considerada comum na Odontologia ao descrever as funções da boca. Ele descreve essas funções utilizando-se de conhecimentos das ciências humanas e sociais, ultrapassando uma mera questão de estilo, constituindo a inauguração de um novo discurso, um novo olhar a partir do qual as questões subjetivas da boca seriam colocadas como uma nova demanda à Odontologia.

A bucalidade pode ser pensada como um componente, uma parte ou uma ramificação da oralidade. A oralidade é um conceito bem desenvolvido sobre a função da boca em termos psicanalíticos. Ela aborda aspectos que perpassam todo o processo de subjetivação do sujeito. Com base na revisão da literatura, percebe-se a bucalidade como um arranjo teórico que enfatiza a formação social da boca para a promoção da saúde e o desenvolvimento de uma outra clínica de saúde bucal.

Seria simplista dizer que a bucalidade é uma aplicação da oralidade em termos odontológicos, mas é preciso perceber as aproximações e distanciamentos entre estas construções. A bucalidade ao tratar da subjetivação da boca não contempla apenas seus aspectos psíquicos, mas também suas peculiaridades políticas, sociais e culturais.

A partir do conceito de bucalidade entendido como o trabalho social da boca humana, a oralidade pode ser estudada para auxiliar a melhor entender a bucalidade, uma vez que para a boca exercer a sua função social ela precisa descender dos estados mentais e psíquicos vindos da oralidade.

Se a oralidade leva a assinatura da psicanálise, impõe-se neste ponto, a questão de saber se esta é também matriz para a bucalidade. Ao afirmar que a boca desempenha papel categórico no desenvolvimento psicosssexual do indivíduo, devemos considerar isso também como uma função, entre outras, que a boca realiza. Essa função, que é encontrada na oralidade, é retomada por Botazzo quando ele nos diz que um dos três trabalhos bucais é a erótica.

Abordando algumas temáticas comuns entre a bucalidade e a oralidade podemos

perceber as seguintes questões que são destacadas nos dois campos do conhecimento: o desejo, a repressão, a fase oral, a relação objetal boca-seio e a sexualidade.

Primeiramente, devemos caracterizar a boca como uma zona erógena, que é, para Freud: “uma parte da pele ou mucosa em que certos tipos de estimulação provocam uma sensação prazerosa de determinada qualidade”. Assim, para ele a boca seria uma zona erógena já predestinada e isso seria explicado pelo chuchar das crianças.

O chuchar ou sugar com leite é o ato de sucção em movimentos rítmicos com a boca dirigida aos lábios ou em qualquer outra parte do corpo sem que haja como objetivo a nutrição. Causa uma total concentração nesse ato levando a uma sensação de prazer e a uma reação motora semelhante a um orgasmo.

Esse ato é na verdade a forma de relembrar um prazer que já foi vivenciado, sendo uma atividade que tenta retornar a satisfação de mamar nos seios maternos. O prazer obtido se deve a estimulação dos lábios e mucosas da boca. É válido observar que, nesse ato, a atividade sexual não está associada à necessidade de alimentação. Através dele não se objetiva a manutenção da vida, mas tornou-se algo totalmente independente, numa espécie de auto-estimulação erótica.

Dessa forma, Botazzo (2013, 118) destaca algo que existe de mais fundamental no discurso freudiano ao afirmar que a boca é um órgão “cuja vocação é eminentemente sexual” e nos questiona se ela não seria dona de um princípio do prazer.

Ao introduzir o conceito de bucalidade, Botazzo constrói uma crítica à estreiteza das funções bucais consideradas pela Odontologia. Assim, formulou a existência de “três trabalhos bucais”, que para ele, “se dão como consumo e produção, num incessante movimento que envolve o sujeito em permanente elaboração na fronteira entre a razão e (desejo) inconsciente.” (Botazzo, 2013, 290)

Sobre os trabalhos bucais e sua relação com o psiquismo escreveu:

Não é difícil perceber o quanto essas três dimensões se acham ligadas à cultura e ao psiquismo. São ao mesmo tempo, produtos sociais e, por isso, dotados de historicidade, quer dizer, a boca humana é socialmente produzida e seus produtos – manducação, erótica e linguagem- são igualmente produtos sociais. Por isso, se pode dizer que a boca não é órgão, mas território e assim o suporte mais evidente de todo corpo do homem na realização da sua vida. (BOTAZZO, 2013, pág. 290)

Narvai (2006) questiona se os “trabalhos bucais” não poderiam apenas ser uma nova nomenclatura para as funções bucais já conhecidas nos livros de odontologia e se a expressão “trabalho” poderia ser inserida nesse contexto. Sobre isso, Freitas (2006) nos coloca em dúvida se existe alguma diferença entre a manducação e a mastigação, segundo ele, se para Botazzo manducar é “apreender, triturar, insalivar e deglutir” o que seria então o ato de mastigar? Não seriam manducação e mastigação as mesmas coisas?

Diante dessas questões, Botazzo (2006) responde que a expressão “trabalho bucal” pode ser utilizada, pois a expressão “trabalho” pode ser utilizada em várias atividades humanas. Afirma também que manducar “é e não é” o mesmo que mastigar.

Evidentemente, tais problemáticas são fundamentais para reflexões acerca dos novos conceitos teóricos propostos pela bucalidade. Entretanto, entender a bucalidade como uma nova designação para as funções bucais é empobrecer o debate. É necessária uma leitura filosófica acerca de seus temas, a fim de que se possa proceder a um trabalho consistente para estabelecer os princípios de sua interpretação.

Para isso, é preciso reconhecer metodologicamente que a bucalidade se insere no contexto da psicanálise e na filosofia contemporânea, compartilhando de matérias-primas análogas umas com as outras. Bucalidade, portanto, não deve ser vista apenas com a perspectiva da ação clínica, mas também como uma perspectiva filosófica de compreensão da boca.

O que implica dizer que, para a bucalidade, a boca não se restringe a suas funções mecânicas, físicas e bioquímicas, pois estas levam em consideração apenas a sua função fisiológica. Assim, a boca ao realizar o seu “trabalho bucal”, se afilia aos registros psíquicos da pessoa, estando submetidos a condições de comportamento, linguagem e gozo.

Por isso mesmo, a boca passa a ser cada vez mais integrada ao indivíduo e comprometida com o seu futuro, pois esse futuro remete para a sua condição primordial de sujeito onde a boca é o seu primeiro acesso ao mundo e que tensões geradas nela podem influenciar nas suas características de personalidade.

Sobre os trabalhos bucais – a manducação, a linguagem e a erótica – Werneck (2006) nos diz que eles “coabitam o mesmo espaço”, tratando-se de um “gozo crescente, cronológico”. Inicialmente como função biológica que, aos poucos, vai afiliando valores e ao mesmo tempo produzindo e ressignificando hábitos. Uma refeição pode ter uma representação completamente diferenciada se considerar o espaço onde ela se dá: em casa pode ser priorizado o descanso, o sossego e a informalidade, enquanto

uma refeição realizada em um restaurante qualquer, pode trazer valores diferenciados, onde se conhece pessoas e vão se produzindo outras formas de relações sociais. O mesmo autor trata o prazer da boca como expressão de liberdade: ao ingerir álcool, ao consumir aditivos químicos, no descobrimento do prazer do beijo e das carícias de outrem. Tem-se pela boca também o prazer da linguagem nas descobertas das palavras e as suas consequências. A forma de expressar-se oralmente pode revelar emoções, que em momentos é sutil, como na intimidade, mas que terá outro tom ao falar em público.

A questão do prazer e desejo é comum entre a bucalidade e a oralidade, tendo a oralidade sido tratada desde o princípio do século XX. Na psicanálise, é diferente a necessidade do desejo. Segundo Bleichmar,

“Deve-se distinguir o comer ou beber, como necessidade para sobreviver, do desejo do gozo oral que, em sentido estrito não é satisfeito com o líquido que acalma a sede. Requer vinho, champagne ou Coca-Cola.” (BLEICHMAR, 1992. Pág. 159).

Mas se a boca, tão desejosa de satisfazer seus prazeres orais, for reprimida e não puder dispor desses gozos poderia a sua saúde ser alterada por isso? Esse questionamento já feito de outra forma por Botazzo (2000) é repetido por Kovalesski (2006) no que denomina “disciplinarização da boca”, é preciso destacar aqui o discurso político e ideológico dado a ela pelo autor, no qual a boca disciplinada é a boca reprimida e dócil, presente nos indivíduos alienados com sua autonomia diminuída. É a boca proletária, que não pode falar o que pensa e que tem o seu tom de voz diminuído diante do patrão e dos mais ricos, que também é a mesma boca mutilada, discriminada e excluída socialmente, que “(...) revela pouco a pouco o significado político das perdas dentárias.” (KOVALESSKI, 2006, pág. 28).

Para Kovalesski (2006), as normas sociais impostas à boca atuam no sentido de discipliná-la, ao proibir uma série de gozos da boca, tornando-a “um centro de prazer e repressão”. O mesmo autor, analisando os textos de Aberastury (1984), nos diz que esses prazeres reprimidos, quando recalçados, poderão ser direcionados aos órgãos sexuais. Gerando transtornos neuróticos e fóbicos nas crianças, deixando marcas na vida adulta.

Os desejos orais sofrem repressão quando a criança começa a ser separada dos seios da mãe. Sobre isso, Friedman (2014) nos diz que os bebês quando começam a serem desmamados passam a ter um conflito entre o Id e o Ego. Nesse momento, o Id, que é regido pelo princípio do prazer, quer continuar a desfrutar do prazer oral e a

segurança que o seio da mãe proporciona, por outro lado, o Ego, que é baseado no princípio da realidade, tenta aceitar a necessidade biológica e psicológica de ser desmamado para o seu crescimento. As crianças que não conseguirem resolver esse conflito entre as suas estruturas psíquicas podem ficar fixadas na fase oral. Assim, com o desenvolver da personalidade esses indivíduos tem uma maior tendência a apresentarem dependência de outras pessoas e fixarem-se na ingestão excessiva de determinadas substâncias.

Para Ferraz (2000), a fase oral primitiva, quando a criança ainda não possui dentes, a boca é um centro de prazer gerado pela sucção do seio materno. Entretanto, com a erupção dos primeiros dentes e com a dor que isso causa à boca, que antes era puramente prazerosa, passa a ser também fonte de desconforto e desprazer. Em seguida, a criança entra na fase oral-canibalesca onde o sugar é trocado pelo morder e há uma tentativa de destruir seu objeto de prazer. Essa segunda fase, marca o início da ambivalência entre o ego e os seus futuros objetos de prazer. A criança ao morder e machucar a mãe percebe que ela se retrai a essa atitude, assim a criança passa a se questionar se ela mesma é boa ou ruim. Nessa fase canibalesca, ao rasgar o seio da mãe inicia-se o sadismo.

Diante disso, Botazzo (2013) ao analisar os textos de Saimovici e Saimovici (1983), nos define um “papel libidinoso” dos dentes, que com o seu canibalismo pretende “comer destruindo o objeto”, que é uma parte da libido.

Outro autor analisado por Botazzo (2013) foi Ferenczi, que associou a relação entre os dentes e o pênis nas fantasias advindas do medo da castração originadas nas perdas dentárias. Para Moreira (2004), esse medo juntamente com a cena edípica é de fundamental importância para a estruturação do sujeito. É nesse período, com o início do entendimento das diferenças sexuais, de várias identificações e o conflito entre a imagem de si próprio e a dos outros, que se inicia a formação da sexualidade e subjetivação do corpo. Conceitos tão importantes para a bucalidade, que trata justamente da subjetivação da boca.

Ao analisar novamente Ferenczi, Botazzo (2013) completa ainda que o canibalismo bucal não seja apenas uma resposta para os instintos de alimentação necessários à vida, mas também algo a serviço da libido com o qual a criança deseja penetrar o corpo da mãe.

A manducação implica sempre presença dentárias, e é

aí que está o elemento de perversão da boca. Psiquicamente, a boca pode ser pervertida – ou despervertida – ao ser receptiva e insertiva ou penetrativa, a um só macho e fêmea; ela pode se comportar como vagina, sendo a uma boca edêntula, como a do bebê, mas ela ao ter dentes, pode ser fálica, e ter função de penetração (BOTAZZO, 2013, pág. 129).

5.1. Bucalidade e sua aplicabilidade clínica

Os conceitos da bucalidade se realizaram conjuntamente com uma crítica radical às concepções odontológicas vigentes. Para Botazzo (2013), na teoria atual utilizada pela Odontologia o indivíduo não é percebido em uma concepção biológica, na qual a boca e os dentes deveriam estar integrados a um sujeito-corpo. Existe apenas uma concepção dentária, sendo que nessa, o dente isolado é o elemento central de toda a profissão.

Nessa perspectiva, a bucalidade inaugura as condições de possibilidade para uma diferente concepção da clínica odontológica, considerando para isso seus diversos conceitos teóricos como base para a criação de novas ações práticas no exercício da Odontologia. Essas novas práticas devem promover, para Botazzo (2013), uma clínica ampliada de saúde bucal focada numa relação da escuta-acolhimento-vínculo.

Barros (2009) realizou uma pesquisa-intervenção no ano de 2007 em uma Unidade Básica de Saúde na cidade de Cotia-SP, na qual os usuários eram atendidos/escutados levando em consideração os seus aspectos subjetivos. Para a autora, esse estilo de consulta poderia ser uma forma de dar mais sentido para as intervenções feitas na boca dos pacientes e um novo modelo de cuidado bucal, dando uma ideia de como seria uma clínica de bucalidade.

Nesta pesquisa, parte das consultas foram realizadas fora da cadeira odontológica e os profissionais não estavam de branco. Os pacientes eram trocados a cada 30 minutos e na primeira consulta não havia intervenção na boca e os pacientes apenas compartilhavam com o profissional suas histórias de vida e os motivos que os levaram a procurar consulta. Não foi utilizado o odontograma e a consulta foi registrada em um prontuário único. Fica claro, portanto, que o objetivo dessa consulta inicial era criar um vínculo entre profissional e paciente (BARROS, 2009).

Diferentemente dos atendimentos realizados nas clínicas odontológicas em que o processo se dá em uma espécie de linha de produção em que o paciente não é ouvido esse modelo utilizado na pesquisa utilizou de 4 pressupostos (BARROS, 2009):

- 1) Atendimento ao problema bucal relevante ao paciente;
 - 2) Descentramento dentário;
 - 3) Constituição do caso clínico por meio da anamnese;
 - 4) Integração com os serviços da unidade.
- (BARROS, 2009, p. 4337)

A pesquisa concluiu que nem sempre os problemas dos pacientes eram da queixa-principal, muitas vezes as queixas eram de condições de vida, problemas no trabalho ou em casa, ou seja, não necessitavam de intervenção local. Assim, muitas vezes o profissional tem que assumir o papel não apenas de especialista, mas também de consultor e instrutor para problemas de fundo pessoal e psicológico (BARROS, 2009).

Para Souza (2006), a bucalidade pode funcionar como um “conceito-ferramenta” capaz de elaborar uma clínica ampliada em saúde bucal e interligá-la com a saúde coletiva. Questionando, dessa forma, o motivo pelo qual o conhecimento científico produzido pela Odontologia não consegue chegar a todas as camadas da população, persistindo ainda técnicas odontológicas arcaicas, baseadas na ablação da boca, causadas por um contexto socioeconômico francamente discriminatório.

Assim, o banguela deve ser visto como um efeito simbólico de exclusão social, mas que suas perdas não se limitam apenas as dos elementos dentais, existe um desaparecimento em “subjetividades de sobreviventes” incalculáveis por números estatísticos. A bucalidade, portanto, ao falar dessas subjetividades da boca, faz a religação entra a clínica e a saúde bucal coletiva, fazendo-nos refletir sobre o caráter técnico, científico e político da clínica (SOUZA, 2006).

Nesta perspectiva, a bucalidade, segundo Botazzo (2013) faz com que compreendamos “o adoecimento bucal para além do sujeito que adocece.” Sobre isso, escreveu:

Há vantagem teórica em pensar deste modo, pois com seu auxílio podemos recuperar o homem por inteiro, que é o homem em sociedade, seus modos de ser, seus conflitos, sua relação com o próprio corpo [e a própria boca]. É que a boca, sendo corpo e suporte de relações sociais, é a parte corpórea mais vivamente construída e mais vivamente presente no conjunto destas mesmas relações, da criança ao idoso. E assim pode-se compreender de outro modo o seu desgaste, ou o desgaste de suas partes - que é também a sua carga de doença - pelo uso social nelas implicado, tanto faz se consumimos muito ou pouco

açúcar, se as limpamos convenientemente, se bem ou mal suportam o estresse da vida cotidiana, se resistem às intervenções iatrogênicas etc. (BOTAZZO, 2013, pág 283).

5.2. Distanciamentos entre bucalidade e oralidade

Para Botazzo (2013), a bucalidade tenta aproximar a boca não apenas da psicanálise, mas das ciências humanas e sociais, pois mesmo tendo sua importância reconhecida, ainda não existe uma disciplina dentro dessas que a estude; a bucalidade, portanto, vem completar esse vazio. Na oralidade, a boca é vista como “representação”, mas na bucalidade ela é o “material representado”, que considera também os músculos, mucosas, secreções e odores presentes na boca e tão importantes para a realização dos prazeres.

Para isso, a bucalidade tem sua ruptura com a oralidade ao tratar também das vísceras da boca e entendê-las como formadoras de produção sociocultural, se existem os trabalhos bucais é porque a boca trabalha, porque ela exerce suas funções e essas funções só são possíveis graças às vísceras que quando em sincronia conseguem falar, mastigar, sugar, comer e beijar. Na bucalidade, o dono da boca é um indivíduo-corpo, composto pelo psíquico e social, enquanto, na oralidade, é apenas um indivíduo-psíquico (BOTAZZO, 2013).

Assim, a bucalidade faz a cavidade bucal romper as suas barreiras dentro das ciências humanas e sociais, antes representada apenas pela oralidade. Agora a boca é o objeto de estudo e não parte do objeto. Tendo como maior mérito descrever a boca em um modelo novo que une as vísceras bucais ao aparelho psíquico do indivíduo, dando à boca o *status* de um território, pelo qual se dá suporte às atividades humanas, lugar onde a vida acontece.

As principais comparações entre bucalidade e oralidade podem ser vistas na tabela a seguir, de acordo com o entendimento que cada campo, de uma maneira geral, tem da boca. Para uma melhor comparação foi incluído também a ideia que, segundo Botazzo (2013), a concepção odontológica atual faz da boca.

Tabela 1 - Comparação entre bucalidade, oralidade e a concepção odontológica atual.

	BUCALIDADE	ORALIDADE	CONCEPÇÕES ODONTOLÓGICAS
Campo do conhecimento	Odontologia e Ciências Humanas	Psicanálise	Odontologia
Função da boca	Formação social da boca: manducação, erótica e linguagem.	Dupla função: psíquica (zona erógena) e alimentação (autoconservação)	Funções biológicas e físicas
Como entende a importância da boca para o indivíduo.	Marca do social e psíquico. Suporte para ações sociais. Regulada pela cultura.	Boca psíquica. Ponto inicial para a organização da libido	Campo da ciência que atua, grosso modo, de odontocentrada.
Maneira pela qual olha o indivíduo	Sujeito-corpo.	Sujeito.	Paciente.
Concepção teórica para abordar a boca	Crítica feita às concepções odontológicas com descentramento dentário	Constituição do sujeito psíquico	Reprodução acrítica. Concepção cariológica. Odontologia com foco na lesão dentária
Entendimento da boca	Boca é um território	Boca é uma zona erógena	Boca é um conjunto de estruturas anatômicas
Concretamente a boca é . . .	Material representado	Representação do sujeito psíquico	Espaço de intervenção do dentista

O principal a ser observado na tabela é que bucalidade e oralidade não são as mesmas coisas, apesar de alguns conceitos se agregarem e de dialogarem entre si, ainda assim são disciplinas com notórias diferenças.

Enquanto, a oralidade está estritamente direcionada à Psicanálise a Bucalidade consegue relacioná-la com a Odontologia, fazendo esta comunicar-se com as Ciências Sociais e Humanas. Comunicação essa que não existe na concepção odontológica atual, na qual a boca é simplesmente um conjunto de órgãos e local de atuação do dentista.

A oralidade entende a boca como uma dupla função: a psíquica, na qual ela é uma zona erógena responsável pela formação da libido; e a de alimentação, pela qual através do consumo de alimentos consegue garantir a autoconservação do indivíduo. Já para a bucalidade, a boca, ao considerá-la um território, exerce além da função psíquica, uma função social por meio dos três trabalhos bucais – manducação, erótica e linguagem.

É preciso destacar o contraste da bucalidade e a oralidade com a concepção odontológica atual. Enquanto a primeira e a segunda entendem o lado psíquico envolvido com a boca. A terceira, apenas a vê como uma região anatômica isenta de

qualquer outra função a não ser as biológicas e físicas. Como se a boca fosse separada do corpo e da mente e seus problemas fossem apenas os relacionados com os dentes, fazendo um verdadeiro centramento dentário, onde a doença cárie dental é o principal foco de todo cuidado.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ideia de explicar a boca, a partir de uma concepção subjetiva ligada a conceitos psicanalíticos, faz a bucalidade ter uma de suas sustentações na oralidade. Mas que pretende uma maior aplicabilidade dessa compreensão, uma vez que até hoje a Odontologia não conseguiu ampliar a sua visão e o escopo de sua atuação.

A bucalidade é um campo de estudo recente e em construção, que propõe uma nova ênfase em como entender a boca e as suas funções, modificando o ponto de vista odonto-centrado pelo qual a Odontologia vem olhando para seu objeto de estudo ao longo de sua formação. A bucalidade, se bem compreendida pelos profissionais, poderá trazer consequências clínicas importantes.

Contudo, é fundamental que o profissional de saúde possa reconhecer a posição simbólica da boca, valorizando o processo de subjetivação. Assim, seria desenvolvida uma outra clínica, uma clínica da escuta, na qual haveria um descentramento dentário e o atendimento passaria a ser também delineado pelas marcas psíquicas que a boca infere ao paciente. O tratamento dessa outra clínica seria mais eficaz ao restituir não apenas saúde bucal aos sujeitos que procuram auxílio, mas o seu equilíbrio físico e emocional.

O problema, porém, é que o lado psíquico e subjetivo da boca ainda parece ser um campo obscuro para os cirurgiões-dentistas que, tendo em vista as práticas odontológicas mutiladoras ainda em vigor, parecem desconhecer a importância da boca na formação psíquica do indivíduo.

É necessário que a construção teórica sobre a bucalidade e, consequentemente, sobre a oralidade, tenham espaço na formação dos profissionais de saúde, em especial da Odontologia. Para isso, é preciso investir na mudança de valores dos profissionais, algo que pressupõe ações nas escolas de Odontologia e em outros meios de interação com a sociedade.

Um bom começo seria incluir este conteúdo nas disciplinas de graduação, estimulando, dessa forma, o pensamento crítico do futuro profissional para as questões subjetivas às quais a boca está envolvida, deixando um pouco de lado, mas sem esquecer, dos problemas anato-funcionais a ela inseridos.

REFERÊNCIAS

- BOTAZZO, C. **Da arte dentária**. São Paulo: Hucitec-Fapesp; 2000.
- BOTAZZO, C. **Díálogos Sobre a Boca**. São Paulo: Hucitec, 2013. 234 p.
- BOTAZZO, C. Bucalidade. **Pro-Odonto**. Prevenção, v. 6, p. 9-55, 2013.
- BOTAZZO, C. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuições ao debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, jan./mar., p. 7-17, 2006.
- BARROS, R. S. ; BOTAZZO, C. Subjetividade e clínica na atenção básica: narrativas, histórias de vida e realidade social. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 11, Nov. 2011 .
- SOUZA, E.C.F. O adoecer bucal: trilhas para um conceito ampliado. In: FERREIRA, M.A.F.; RONCALLI, A.G.; LIMA, K.C. **Saúde bucal coletiva: conhecer para atuar**. Natal: Edufrn, 2004. p.33-8.
- BOTAZZO, C. A subjetividade no trabalho com famílias. In: MOYSÉS, Simone Tetu; KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J. **Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Medicas, 2008.
- ALMEIDA, M. E. L. Envelhecimento e bucalidade: suas múltiplas dimensões. Araçatuba, 2003. 184 p. Tese (Doutorado em Odontologia Preventiva e Social) – Faculdade de Odontologia de Araçatuba/SP. Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”, Araçatuba.
- WERNECK, M. A. F. Bucalidade e existência. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 11, n. 1, Mar. 2006 .
- FREITAS, Sérgio Fernando Torres de. Mais algumas notas para contribuição ao debate sobre a bucalidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 11, n. 1, Mar. 2006 .
- SOUZA, Elizabethe Cristina Fagundes de. Bucalidade: conceito-ferramenta de religação entre clínica e saúde bucal coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 11, n. 1, Mar. 2006 .
- NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 40, n. spe, Aug. 2006 .
- KOVALESKI, D. F. ; FREITAS, S. F. T. ; BOTAZZO, C. Disciplinarização da boca, a autonomia do indivíduo na sociedade do trabalho. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 11, n. 1, Mar. 2006 .
- NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva, bucalidade e antropofagia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 11, n. 1, Mar. 2006 .
- ZEGARELLI, E. V.; KUTSCHER, A.H.; HYMAN, G. A. Distúrbios psicogênicos envolvendo a cavidade oral. In: **Diagnósticos das doenças da boca e maxilares**. 2. Ed.

Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982b. p.486-511

BARBOSA, L.M.G. O sentido psicológico da fala: um enfoque psicossocial da gagueira. **Revista Fono Atual**. São Paulo, 1999; v.3; p.8-10.

RODRIGUES, C. A. S. Interdisciplinaridade entre fonoaudiologia e psicologia. Campinas, 2001. Dissertação (Mestrado em Psicologia Escolar) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia e Fonoaudiologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas.

MELLO, D. R. B. **A psicanálise e seu encontro com a linguagem na obra de Freud**. Inter Science Place, CIDADE v. 3, n. 13, maio./jun., p. 149 – 170, 2010.

SEARLE, J. R. **Mente, linguagem e sociedade: filosofia no mundo real**. Rio de Janeiro (RJ): Rocco, 2000. 160p (Ciência atual)

GAIARSA, J. A. **As vozes da consciência**. São Paulo (SP): Agora, c1991. 262p

FREUD, S. (1976a). **Três Ensaios sobre as teorias da sexualidade** (J. Salomão, Trad.). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. VII). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1905).

FREUD, S. **Recalque**. In: **Obras psicológicas completas**: Edição Standard Brasileira. v. XIV. Rio de Janeiro:Imago, 1996.

ROUDINESCO, E. ; PLON, M. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro (RJ): J. Zahar, c1998.

FREUD, S. **Observações psicanalíticas sobre um caso de paranóia relatado em autobiografia: 'O caso Schreber', artigos sobre técnica e outros textos (1911-1913)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. 374 p.

TALLAFERRO, A. **Curso básico de psicanálise**. 2. ed. São Paulo (SP): Martins Fontes, 1996. 281p.

OSBORNE, R. **Freud para principiantes**. Rio de Janeiro (RJ): Objetiva, c1993. 171p.

GOMES, Gilberto. **A teoria freudiana da consciência**. Psic.: Teor. e Pesq., Brasília , v. 19, n. 2, 2003 .

FENICHEL, O.; GOMES, Ricardo Fabião. **Teoria psicanalítica das neuroses: fundamentos e bases da doutrina psicanalítica**. Rio de Janeiro (RJ): Atheneu, 2005. 665p.

TALLAFERRO, A. **Curso básico de psicanálise**. 2. ed. São Paulo (SP): Martins Fontes, 1996. 281p.

KLEIN, M; RIVIERE, J. **Amor, odio e reparação: as emoções básicas do homem do ponto de vista psicanalítico**. 2. ed. Rio de Janeiro (RJ): Imago, São Paulo (SP): USP,

1975. 162p.

DE NADAL, L. G. A questão da oralidade e o sentimento de gratidão. Curitiba: Centro Reichiano, 2012.

OLIVEIRA, I.T. O planejamento da psicoterapia breve infantil a partir do referencial do desenvolvimento. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2006.

INOUE, L. Psicanálise e odontologia: uma trajetória em construção. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**. 2006 jan-abr; 18(1)87-92

FRIEDMAN, H. S.; SCHUSTACK, M. W. **Teorias da personalidade: da teoria clássica à pesquisa moderna**. 2. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

MOREIRA, J. O. Édipo em Freud: o movimento de uma teoria. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 9, n. 2, Aug. 2004.